

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Edmond SCHLESINGER

Né le 11 août 1905 à Alba-Julia (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT
DE

L'INFECTION PUERPÉRALE

PAR LES PANSEMENTS INTRA-UTÉRINS
AU FILTRAT DE CULTURES DE STREPTOCOQUES

Travail du service du Professeur agrégé LEVY-SOLAL

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Edmond SCHLESINGER

Né le 11 août 1905 à Alba-Julia (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT

DE

L'INFECTION PUERPÉRALE

PAR LES PANSEMENTS INTRA-UTÉRINS

AU FILTRAT DE CULTURES DE STREPTOCOQUES

Travail du service du Professeur agrégé LEVY-SOLAL

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1930

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie mèdece-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BAITHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	N...
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE . . . Chimie biologique.
 BROCC Pathologie chirurgicale
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 ECALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale
 JOANNON . . . Hygiène.
 JOYEUX Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE(Guy) Pathologie médicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX Anatomie pathologique
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 LIAN. Pathologie médicale.
 MERCIER (Fernand). . . . Pharmacologie.
 MONDOR Pathologie chirurgicale
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . . . Pathologie chirurgicale
 MOURE Pathologie chirurgicale
 MULON Histologie.
 OBERLING . . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIEDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUENU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils . . Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . Obstétrique.
 VELTER Ophthalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER . . . Histologie.
 ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE .	} Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
AUVRAY . .		MOCQUOT .	} Clinique chirurgicale.
CHEVASSU .		PROUST . .	
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	SCHWARTZ	
LE LORIER .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeurs sans	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
chaire.		
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

*Vous nous avez fait le très grand
honneur d'accepter la présidence
de cette thèse. Nous vous prions de
bien vouloir agréer l'assurance de
notre vive et sincère reconnais-
sance.*

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur agrégé LÉVY-SOLAL

Accoucheur de l'Hôpital St-Antoine

A qui nous exprimons notre vive reconnaissance pour l'intérêt et la sollicitude qu'il nous a toujours témoignés. Il s'est montré pour nous un maître plein de bienveillance et nous l'assurons de tous nos sentiments de profonde gratitude.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE NANCY

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

En consultant les traités classiques des auteurs anciens et modernes, les différentes revues des sociétés d'obstétrique et de gynécologie, nous constatons que comme autrefois les théories les plus diverses ont été émises et soutenues, quant à la nature et à l'origine de l'infection puerpérale, les traitements les plus variés ont été essayés.

Pourrait-on conclure que tous les traitements proposés sont efficaces ?

Dans leur article princeps sur le traitement précoce de l'infection puerpérale au moyen de pansements spécifiques, Messieurs Levy-Solal et Simard s'expriment ainsi :

« Deux principaux modes de traitement ont été jusqu'ici préconisés pour juguler l'infection puerpérale avant son stade septicémique : la thérapeutique intra-utérine par curage manuel ou instrumental, et l'hystérectomie — plus volontiers vaginale — tirant ses indications de l'échec du curettage, l'une et l'autre étant aidées des moyens médicaux habituels : chimiothéra-

pie, protéinothérapie, spécifique ou non, par voie sous-cutanée ou intraveineuse.

Malgré des succès certains de part et d'autre, l'accord ne s'est jamais fait sur la méthode à préférer, si bien que M. J.-L. Faure, clôturant le dernier Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française, a pu dire : « Les choses n'ont guère changé depuis 25 ans, alors que je m'occupais de la question pour la première fois ». Cette conclusion, illustre bien l'insuffisance des diverses thérapeutiques actuelles, et l'imprécision de leurs indications.

Méthodes insuffisantes, car on conçoit d'une part que le curettage ne peut avoir la prétention d'agir en profondeur ni même complètement en surface et d'autre part que l'hystérectomie précoce, si elle n'a pas l'inefficacité des opérations différées, est toujours la cause d'une mutilation grave et parfois inutile.

Indications imprécises parce que l'on manque le plus souvent d'un critère pour apprécier exactement deux des éléments du problème : la virulence du streptocoque et le degré d'immunité naturelle de l'organisme infecté.

Pour ce qui est de la virulence du germe, sans entrer ici dans des considérations bactériologiques, trop étendues, nous pensons que l'on n'a peut-être pas tenu suffisamment compte dans son évaluation des caractères spéciaux du streptocoque pyogène vrai, précisés par Tissier dans ses travaux sur les plaies de guerre.

Quant à l'évaluation de l'immunité naturelle de l'organisme atteint, nos recherches sur l'intradermo-réaction

au cours de la puerpéralité, publiées ailleurs (1), montrent l'important élément d'appréciation qu'elle pourrait représenter si l'on s'en tenait aux traitements classiques.

Mais nous pensons pouvoir démontrer ici qu'il y a mieux encore et que l'angoissant problème thérapeutique créé par l'incertitude pronostique jusqu'à présent inséparable de toute infection puerpérale à ses débuts, peut disparaître, grâce à l'emploi *systématiquement précoce* d'une méthode à la fois simple dans son application, efficace dans ses résultats, et en toute circonstance d'une *innocuité parfaite*.

Le principe de cette méthode s'est inspiré de la notion nouvelle d'immunité locale, bien mise en lumière par les remarquables recherches de Besredka sur l'infection charbonneuse chez le cobaye, puis sur les infections expérimentales à staphylocoques et à streptocoques. Cet auteur a montré qu'à côté de l'immunité générale qu'on considérait toujours en fonction de la présence d'anticorps dans le sang, il existe une immunité tissulaire locale : « Chez les êtres hautement différenciés, dans le conflit entre le virus et l'organisme intervient un facteur autre que virus, phagocytes, anticorps : les cellules réceptives. Ces cellules, logées dans les organes, participent non seulement à l'infection, mais encore à la défense. Tout se passe comme si, après

1. LÉVY-SOLAL, SIMARD, LELOUP, MERAT. — « Etude de l'immunité vis-à-vis du streptocoque au cours de la gestation et de la puerpéralité », *Bull de la Soc. de Biol.*, 7 février 1925, p. 343.

s'être combinées avec l'antivirus, les cellules réceptives devenaient impropres à entrer dans une nouvelle combinaison : c'est-à-dire réfractaire, ou vaccinées contre une nouvelle invasion du virus ».

C'est ainsi que l'on peut envisager la vaccination locale comme étant la prophylaxie des cellules réceptives saines, son objectif consistant ou bien à circonscrire le foyer infecté, ou mieux encore à en prévenir l'éclosion. On comprend dès lors l'importance primordiale, sur laquelle on ne saurait trop insister, d'une thérapeutique *précoce*, c'est-à-dire mise en œuvre dès la première élévation brutale de température, souvent précédée elle-même d'une accélération notable et permanente du pouls ou mieux encore d'une thérapeutique *préventive* toutes les fois que l'on peut penser à une possibilité d'infection (accouchement dystocique, délivrance artificielle, etc.). Ceci est d'autant plus vrai que, dans le cas de l'infection puerpérale, les conditions anatomiques réalisées par l'énorme surface d'absorption de la plaie utérine, aussi bien que la virulence particulière du germe infectieux, limitent parfois singulièrement le stade local de l'infection pendant lequel on peut agir avec une efficacité certaine. Pratiquant des hémocultures systématiques à l'aide d'une technique personnelle chez toutes les infectées soumises à notre observation, nous avons été surpris de constater parfois, — contrairement à l'opinion classique — que la première élévation brutale de température coïncidait déjà avec une phase septicémique. *Ceci nous permet de comprendre les échecs de nombreux curettage et le succès si ex-*

ceptionnel de l'hystérectomie dont l'indication clinique réside dans l'inefficacité du curettage ».

C'est M. le Professeur agrégé Lévy-Solal et M. le D^r Simard qui ont été les premiers à introduire cette nouvelle notion d'immunité locale tissulaire dans la pratique du traitement de l'infection puerpérale, en préparant un filtrat de cultures de streptocoques, et en appliquant des pansements intra-utérins.

Notre thèse est le complément de deux thèses parues sur le même sujet, faites à l'instigation du D^r Lévy-Solal, par les D^{rs} Jean Ravina et Bouchaud.

Elle ne présente aucun caractère d'originalité, mais démontrera l'utilité pratique des tamponnements intra-utérins préventifs et curatifs permettant de mettre en valeur l'utilisation de ce traitement à titre préventif dans tous les cas d'accouchements difficiles où la durée du travail a été longue, où les manœuvres intra-utérines : forceps, version, délivrance artificielle, revision utérine, auraient pu exposer l'utérus à des infections graves *post-partum*.

Alors que le docteur Jean Ravina a publié 17 cas traités par le tamponnement préventif, avec 17 succès, 44 cas traités par le tamponnement curatif (précoce, secondaire, tardif), avec 39 succès et 5 insuccès, le docteur Bouchaud a publié 46 cas de tamponnement préventif avec 46 succès, et 54 cas de tamponnement curatif avec 53 succès et 1 échec.

Nous rapportons, dans une *première partie* de notre

thèse 19 observations typiques de tamponnements préventifs *post-partum*, choisies sur 133 cas traités.

10 observations de tamponnements curatifs précoces, choisies sur 54 cas traités.

3 observations de tamponnements curatifs secondaires, sur 3 cas traités.

5 observations de tamponnements curatifs tardifs sur 5 cas traités, et portant sur un nombre total de 4292 accouchements faits à la Maternité de Saint-Antoine, et 2418 accouchements faits chez des sages-femmes agréées dans les années 1927-28.

Dans une *deuxième partie*, nous donnons un résumé de tamponnements *post-abortionum*, sur 143 cas traités, et portant sur un nombre de 1849 avortements en 1927-1928.

PREMIERE PARTIE

TAMPONNEMENTS PRÉVENTIFS

Ce sont les tamponnements faits immédiatement après la délivrance, en vue de prévenir l'infection utérine.

TECHNIQUE DU TAMPONNEMENT

Nous reproduisons la technique du pansement intra-utérin, très bien décrite dans la thèse du Dr Ravina.

Le tamponnement intra-utérin au filtrat ne diffère pas sensiblement du tamponnement avec une mèche de gaze ordinaire. Mettre la femme en position gynécologique sur une table d'opération ou en travers du lit. Vider la vessie. Déprimer la paroi postérieure du vagin avec une valve large. Saisir solidement la lèvre antérieure du col, avec une pince de Museux.

Il y a avantage à donner une injection intra-utérine pour évacuer les caillots avant de faire le tamponnement, mais cette injection devra être faite uniquement à l'eau stérilisée ou bouillie, et non pas avec une solution antiseptique qui peut modifier profondément, ou

même supprimer l'action du filtrat. La mèche dont on se sert est une mèche de gaze de 3 ou 4 centimètres de largeur, et de 2 à 3 épaisseurs, longue de plusieurs mètres. On la coupe, d'ailleurs, à la longueur voulue, selon le volume approximatif de la cavité utérine. Les ampoules de filtrat sont vidées dans une cuvette flambée. La quantité de filtrat à utiliser est variable selon la grandeur de la cavité utérine. En général, il faut de 150 cm³ à 200 cm³ pour faire immédiatement, après la délivrance, un tamponnement avec une mèche bien imbibée. La mèche est trempée dans le filtrat qu'elle absorbe complètement.

On approche alors la cuvette de la vulve et avec une pince plate à pansements, très longue, on commence le tamponnement. Il ne faut pas croire, d'ailleurs, que ce tamponnement soit toujours extrêmement facile à faire. Le segment inférieur, mou, et parfois plissé sur lui-même, le corps utérin, souvent en antéflexion gênent l'introduction de la mèche. On devra aller très doucement, bien repérer avec sa pince l'axe de la cavité utérine, ne faire aucune violence pour ne pas perforer le segment inférieur, particulièrement mou, enfin, on pourra faire corriger, par la main d'un aide l'antéflexion utérine. On comble toute la cavité de l'utérus, avec cette mèche imbibée de filtrat.

Cette mèche devra être suffisamment tassée pour qu'elle entre bien au contact de toute la paroi utérine. On enlève alors la pince de Museux, et on continue d'introduire la mèche dans le vagin, en remplissant les culs-de-sac et en la tassant tout autour du col.

Le tamponnement est laissé 24 heures. Au bout de ce temps, on enlève la mèche, et on la remplace par une autre que l'on imbibe de filtrat.

La technique est absolument la même que lors du premier tamponnement. Notons que la quantité de filtrat à employer est en général beaucoup moindre que la première fois, 100 cm³ suffisent ordinairement.

L'utérus se rétractant sur le tampon a souvent une involution beaucoup plus rapide que normalement. La mèche enlevée est d'odeur fétide, imprégnée par l'écoulement lochial, recouverte de petits caillots.

Le deuxième tamponnement est laissé en place 24 heures. On le remplace, à son tour, par un troisième tamponnement qui est, en général, le dernier, et qu'on enlève, lui aussi, après une journée.

INDICATIONS DU TAMPONNEMENT PRÉVENTIF

Le tamponnement préventif a été appliqué dans les cas de manœuvres intra-utérines, au moment de l'accouchement ou de la délivrance ; forceps, version par manœuvres internes, placenta praevia, délivrance artificielle, rupture prématurée des membranes, accouchement sans aucuns soins antiseptiques, procidence du cordon.

Les 134 cas traités par le tamponnement préventif se répartissent ainsi :

1 cas de forceps pour déchirure du col, délivrance artificielle ;

- 1 cas de plusieurs tentatives infructueuses de forceps ;
- 1 cas de forceps, rupture prématurée des membranes ;
- 6 cas de forceps, délivrance artificielle ;
- 1 cas de forceps, éclampsie ;
- 7 cas de forceps, pour souffrance fœtale ;
- 4 cas de forceps, pour lenteur du travail ;
- 1 cas de forceps, avec délivrance artificielle, hémorragie ;
- 1 cas de forceps, grossesse gémellaire, hémorragie ;
- 3 cas de placenta praevia ;
- 8 cas de rupture prématurée des membranes ;
- 27 cas délivrance artificielle ;
- 3 cas rétention de membranes, avec revision ;
- 46 cas rétention de membranes ;
- 7 cas de version par manœuvres internes ;
- 2 cas de procidence du cordon ;
- 1 cas de grossesse gémellaire ;
- 3 cas d'accouchement sans aucun soin antiseptique ;
- 1 cas d'éclampsie ;
- 8 cas divers.

RÉSULTATS DU TAMPONNEMENT PRÉVENTIF

Nos résultats confirment ceux déjà publiés par les docteurs Jean Ravina et Bouchaud.

Dans tous les cas, moins un, traités par le tamponnement préventif, nous avons obtenu entière satisfaction. Les suites des couches étaient, sinon normales, du

moins à peine pyrétiques. Nous avons noté, dans certains cas, une élévation passagère de la température à 38°-39°, les 1^{er}, 2^e ou 3^e jours du post-partum, avec ou sans accélération du pouls, mais, 24 heures après, la température descendait à la normale.

Dans tous les cas, le tamponnement préventif s'est montré d'une innocuité absolue, et son efficacité a été très nette.

L'insuccès concerne un cas complexe d'une femme ayant présenté dans ses antécédents des phénomènes de salpingo-ovarite avec une masse développée à gauche ayant déterminé une réaction péritonéale. La femme est morte d'embolie le 25^e jour.

OBSERVATIONS

Obs. I. — Déchirure du col ; forceps. Délivrance artificielle. Tamponnement préventif. Guérison.

R..., II pare, entre à la salle de travail le 2-12-28 à 6 heures.

Examen. — Sommet fléchi au D. S. Dos à droite B. de C. bons. Membranes intactes. Dilatation 2 fr. Utérus tendu. Hauteur utérine : 36 cm.

Le 4-12 à 0 h. 15 ; la femme saigne. B. de C. rapides. Tête à la partie moyenne de l'excavation. Membranes intactes. Déchirure très profonde de la lèvre antérieure du col. Rupture artificielle de la poche des eaux. Liquide amniotique, purée de pois. B. de C. lents et sourds.

Application de forceps au sommet en O. I. G. A. Extraction d'un enfant vivant pesant 3450 gr.

5 minutes après, délivrance artificielle, placenta enchaîné dans la corne gauche, corne droite peu développée. Revision utérine. On constate une désinsertion du col, au niveau du vagin, sans solution de continuité au niveau du segment inférieur. Pouls à 100. Bon état général.

Température : 37°4. On fait un premier tamponnement préventif au filtrat : Le soir, T. 37°, P. 84.

2^e jour, matin : T. 38°, P. 76. On fait un 2^e tamponnement ; soir : T. 37°, P. 96.

3^e jour, matin : T. 37°4, P. 84. Bon état général. 3^e tamponnement ; soir : T. 38°8, P. 96.

Descente de la T. le lendemain. La malade sort guérie de l'hôpital, le 13^e jour.

Obs. II. — Forceps pour lenteur du travail. Tamponnement préventif. Guérison.

P..., I pare, de 20 ans, admise à la salle de travail, à 14 h. 30, le 17 mai 1927. En travail depuis 48 heures.

Examen. — Tête bien fixée. Membranes intactes. Dilatation 2 fr. stationnaire. Utérus tendu. Excès de liquide. Bassin limite. Rupture artificielle des membranes, à 15 h. : liquide teinté.

18 h. 30 : Dilatation grande paume. Tête engagée. Souffrance fœtale.

19 h. : Dilatation complète. Application de forceps dans la partie haute de l'excavation en O. I. D. P. Rotation impossible. Dégagement en O. S. Extraction d'un garçon né en état de mort apparente, ranimé au bout de 15 minutes.

19 h. 30 : Délivrance naturelle complète. Hémorragie, la révision utérine ne ramène rien T. 37°6, P. 100. On fait un 1^{er} tamponnement.

A 22 h. 30 : la femme fait un shock. Léger suintement à travers le tamponnement. On administre de l'ergotine, de l'hypophyse, 600 gr. de sérum glucosé, de l'adrénaline, de l'huile camphrée. P. 134.

Le 18 mai, à 3 h. 30 : nouveau shock. Sérum intraveineux, 600 gr, P. 140 ; matin : T. 37°6. On fait un 2^e tamponnement ; soir : T. 37°8. P. 124.

3^e jour, matin : T. 39°5, P. 112. 3^e tamponnement. On administre du nucléinate de soude I. V., de l'électrargol I. M. ; soir : T. 39°, P. 112.

4^e jour, matin : T. 38°2, P. 110 ; soir : T. 39°, P. 124.

A partir du 7^e jour, la température descend, en concordance avec le poulx, et la femme quitte la maternité guérie. Le 21^e jour, avec une T. de 36°8.

Obs. III. — Forceps. 2 tentatives d'application échouées. 3 crises d'éclampsie. Tamponnement préventif. Guérison.

M... VII pare, 43 ans, entre dans le service, le 6 avril 1928, à 8 h. 30.

D. R., 20 juin 1927 : Grossesse à terme.

1^{res} douleurs le 5 avril, à 21 h. Les contractions sont régulières jusqu'à 1 h. le 6 avril. A 1 h. les membranes se rompent spontanément. De 1 h. à 4 h. la femme n'accuse aucune douleur. Son médecin pratique 2 tentatives de forceps qui échouent.

A 8 h. 30 : *Examen.* — Dilatation 5 fr. Membranes rompues. Tête au détroit supérieur. B. de C. positifs. Œdème supubien. Albumine dans les urines. T. 37°4, P. 120.

A 9 h. : 1^{re} crise d'éclampsie. Tension au Pachon, après la crise : 18,5-6,5. On fait une saignée de 500 gr.

A 10 h. : Dilatation entre 5 fr. et petite paume. B. de C. rapides. Injection 5 mgr. de pilocarpine.

A 11 h. : Deuxième crise d'éclampsie.

A 11 h. 45 : Tension : 23-8. Nouvelle saignée de 300 gr.

A 12 h. 30 : Dilatation complète B. de C. rapides et assourdis. Application de forceps sur sommet au D. S. On diagnostique une procidence du cordon. Pas de battement du cordon. Après 1/2 heure de tentatives infructueuses, on remet la malade dans son lit. T. 23-13,5, P. 124. Auscultation négative.

15 h. 20 : La tête apparaît à la vulve. L'occiput se fixe sous la symphyse.

15 h. 30 : Troisième crise d'éclampsie. Tension, immé-

diatement après : 23-15. Nouvelle injection de 5 mgr. de pilocarpine.

16 h. : Nouvelle application de forceps sur sommet en O. I. G. A. Episiotomie. Extraction d'une fille morte pesant 5.400 gr. T. 13-9.

18 h. : D n C. Poids : 1 kg. Insertion vélamenteuse du cordon. Vaisseaux gros et saillants. Injection instantanée chaude. 1^{er} tamponnement préventif. Réparation de la brèche de l'épisiotomie. T. 37°6.

Le 7 avril : Tension 18-9,5. Urines : 7 gr. d'albumine T. 37°4, P. 114. On fait un 2^e tamponnement.

8 avril, matin : T. 36°6, P. 84. 3^e tamponnement ; soir : T. 37°6., P. 107.

Les suites de couches sont normales. La malade quitte la Maternité le 14^e jour, avec une T. 36°8, P. 68. Tension à 14-8,5.

Obs. IV. — Forceps. Délivrance artificielle. Tamponnement préventif. Guérison.

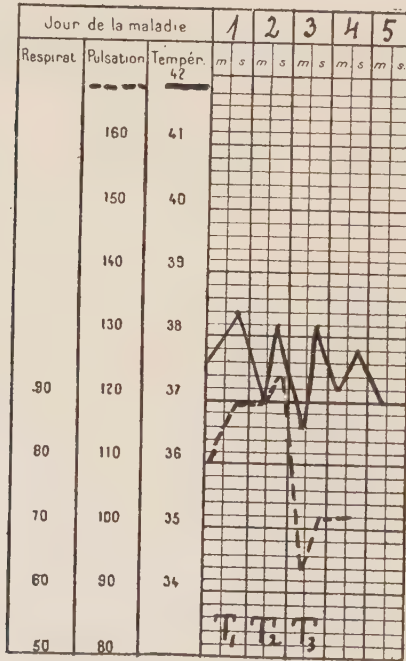
H... I pare de 29 ans est admise à la Maternité, le 9 octobre 1928, à 10 h. à la salle de travail, à 23 h. D. R. : 24 décembre 1927.

Examen. — Sommet fixé, ne déborde pas. B. de C. perçus à gauche. Dilatation : 50 cm. Membranes intactes.

Le 10 octobre, à 23 h. : Dilatation petite paumée. Membranes intactes. Tête à la partie basse de l'excavation.

Le 11 octobre, à 4 h. 30 : Dilatation complète. Rupture artificielle des membranes, liquide teinté de méconium. B. de C. bons. On conseille à la femme de faire des efforts expulsifs. Les contractions sont déicientes, la femme pousse mal.

A 7 h. 30 : Les B. de C. sont modifiés. La tête ne progresse pas. Application de forceps sur sommet en gauche antérieure. Extraction d'une fille née étonnée, pesant 2800 gr. tendant à se cyanoser. 1/2 heure après l'accouchement, la



femme fait une hémorragie, placenta en partie décollé. Délivrance artificielle. On fait un 1^{er} tamponnement préventif. L'utérus est mou. T. 37°6, P. 110 ; soir : T. 38°4, P. 120.

2^e jour, matin : T. 37°, P. 120. On fait un 2^e tamponnement ; soir : T. 38°2, P. 124.

3^e jour, matin : T. 36°6, P. à 94. On fait le 3^e tamponnement ; soir : T. 38°2, P. à 102.

Mais à partir du 4^e jour, la température descend en lysis à 37°2 jusqu'au 12^e jour où la malade quitte la maternité guérie.

Obs. V. — Placenta praevia. Délivrance naturelle. Revision utérine. Tamponnement préventif. Guérison

R..., III pare, de 21 ans, à terme, est envoyée à la salle de travail, le 2-II-28, à 7 h. pour placenta praevia. La malade est pâle, les muqueuses sont décolorées, elle se sent faible, le pouls est à 130. Elle dit avoir eu des hémorragies abondantes, la veille, à 24 h.

Examen. — Tête mobile, en bas. Dos à gauche. Auscultation négative, col long, déhiscent, perméable au doigt qui arrive directement sur une masse saignante laquelle est le placenta. La femme se sentant faible, on injecte 10 cm³ H. C. et 0 gr. 25 de caféine. On décide d'intervenir sous-anesthésie au chloro. Décollement partiel du placenta. Rupture des membranes. La tête, toujours gênée par le placenta, s'engage mal. On décolle complètement le placenta et, le plus possible, les membranes. On extrait le placenta, pesant 450 gr., après avoir mis une petite pince sur les membranes. La dilatation, à la fin de l'intervention est de 5 fr.

A 10 h. 30 : P. 140. Dilatation complète. La femme expulse un fœtus mort né, pesant 3.200 gr. Quelques minutes après, elle expulse un paquet membraneux, paraissant complet.

A 12 h. : Revision utérine, négative T. : 37°4, P : 107. On fait un 1^{er} tamponnement et 500 gr. de sérum physiologique intraveineux.

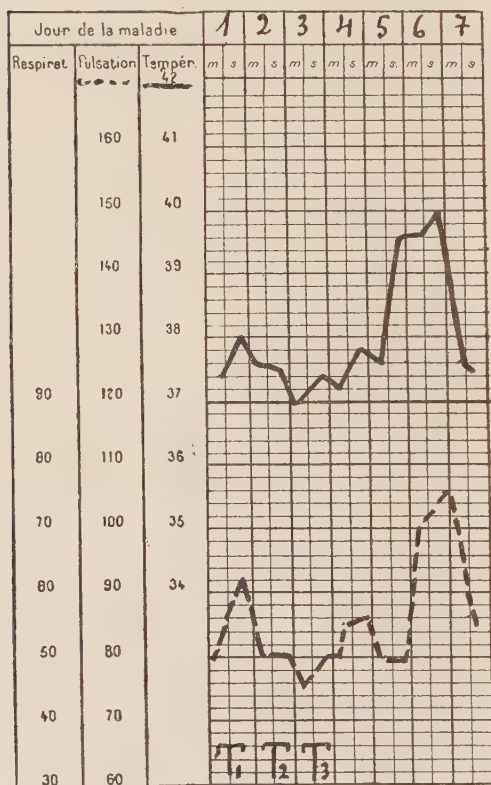
Les 2 jours suivants, on fait 2 autres tamponnements. La température reste entre 37°-37°6, avec légère accélération du pouls, laquelle s'explique par une perte abondante. La malade sort en excellent état le 11^e jour.

Obs. VI. — Rupture prématurée des membranes. 10 jours environ, tamponnement préventif. Guérison.

M..., II pare de 31 ans, est envoyée par son médecin le

31 mai 1927, à 21 h La femme dit perdre les eaux, depuis 10 jours environ.

Gestation près du terme. Présentation du siège incom-



plète. B. de C. non perçus. La femme ne sent plus remuer depuis 10 jours.

Dilatation : 1 fr. Urines légèrement albumineuses.

Le 14 mai à 8 h. 45 : Expulsion spontanée d'une fille, en

état de macération avancée, dégageant une odeur putride.
Poids : 2800 gr.

Délivrance artificielle pour défaut de décollement placentaire 2 h. après.

1^{er} tamponnement au filtrat. Glace sur le ventre

Matin : T. 37°4, P. : 80 ; soir T. 38°, P. 92.

2^e jour, matin : T. 37°6, P. 80. On fait le 2^e tamponnement ; soir : T. 37°5, P. 80.

3^e jour, matin : T. 37°, P. 76. On fait le 3^e tamponnement ; soir : T. 37°4, P. 80.

5^e jour : il y a une brusque ascension de la température sans frisson à 39°6, avec P. 80.

6^e jour : T. à 40°, P. à 100.

Mais, dès le 7^e jour, tout s'améliore et la malade, guérie, quitte la maternité le 13^e jour.

Obs. VII. — Hémorragie de la délivrance. Délivrance artificielle. Tamponnement préventif. Guérison.

B., III pare de 26 ans. est accouchée chez elle, le 11 juin à 6 h., par une sage-femme. Envoyée à l'hôpital pour hémorragie de la délivrance et non décollement du placenta.

A 11 h : P. 120. Délivrance artificielle. Tamponnement au filtrat ; le soir : T. 37°5, P. 100.

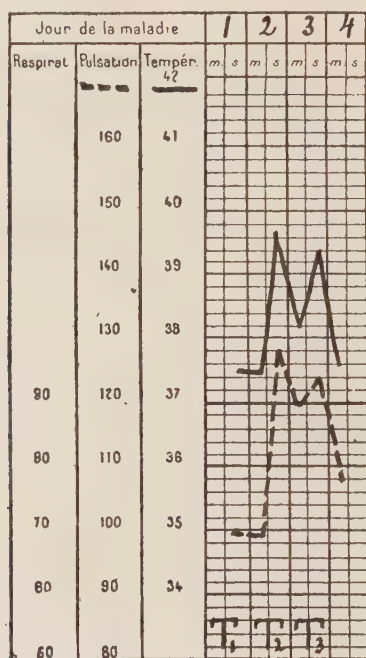
2^e jour, matin : T. 37°5, P. 100. On fait le 2^e tamponnement ; soir : T. 39°7, P. 128.

3^e jour, matin : T. 38°2, P. 120. On fait le 3^e tamponnement ; soir : T. 39°4, P. 124.

4^e jour, matin : T. 37°6, P. 108 ; soir : T. 39°, P. 120

5^e jour, matin : T. 37°4, P. 100.

À partir du 6^e jour, la T. se maintient à ce niveau, avec un pouls un peu rapide entre 80-90.



La femme sort, guérie, le 11^e jour.

Obs. VIII. — Délivrance artificielle pour hémorragie. Revision utérine. Tamponnement préventif. Guérison.

B..., VI^e pare, de 34 ans, entrée le 4 juillet 1928 à 18 h. 15.

Examen. — D. R. : octobre 1927. H. U. : 34 cm. Tête engagée. Dos à gauche. B. de C. perçus. Dilatation complète. Membranes rompues. Urines normales,

18 h. 40 : Accouchement spontané. Naissance d'un garçon vivant, pesant 3.250 gr.

18 h. 45 : La femme perd 750 gr. de sang, recueillis. Utérus ramolli. P. 130. Placenta non décollé

19 h : Délivrance artificielle. Placenta pesant 430 gr. Revision utérine, 1^{er} tamponnement. 500 gr. de sérum, 10 cm³ H. C., 1 cm² adrénaline, 1 cm³ caféine, P. 136.

2^e jour, matin : T. 37°6, P. 90. On fait un 2^e tamponnement ; soir : T. 37°4, P. 88.

3^e jour, matin : T. 38°7, P. 104 On fait un 3^e tamponnement ; soir : T. 37°6, P. 100.

La température oscille entre 37° et 37°6, jusqu'au 14^e jour, où la malade sort, guérie.

Obs. IX. — Délivrance artificielle. Tamponnement préventif. Guérison.

S... I pare de 37 ans, admise le 12-II-1928, à 8 h. 30.

Examen. — D. R. du 5 au 8 mai 1927, urines normales. Gestation près du terme. Dos à gauche. B. de C. perçus. Membranes rompues, depuis le matin, à 3 h. 30. Dilatation de 5 fr. Siège fixé.

Le 13-II, à 9 h. 30 : Dilatation petite paume. La femme perd abondamment du méconium.

A 17 h. : Contractions espacées.

A 21 h. 30 : Accélération des B. de C. On intervient.

On fait un abaissement prophylactique du pied postérieur, sous anesthésie au chloro. B. de C. rapides et sourds. Inertie utérine nécessitant une expression légère. Le siège et le tronc se dégagent très lentement. Dos en avant. Le cordon ne bat plus. Relèvement des bras. Difficulté dans l'abaissement des bras. Extraction de la tête dernière dont l'occiput est tourné en arrière ; impossibilité de le ramener en avant, 1 circulaire autour du cou. On fait une épisiotomie.

Extraction d'une fille mort-née, pesant 2750 gr. On essaie de la ranimer, sans résultat.

0 h. 30 : Délivrance artificielle pour défaut de décollement du placenta et hémorragie.

On répare la brèche faite par l'épisiotomie 1 cm³ d'ergotine.

On fait un 1^{er} tamponnement préventif.

Matin : T. 37°6, P. 128 ; soir : T. 38°5, P. 100.

2^e jour, matin : T. 38°, P. 88. On fait un 2^e tamponnement ; soir : T. 37°9, P. 96.

3^e jour, matin : T. 37°2, P. 92. On fait un 3^e tamponnement ; la température oscille entre 37° et 37°4, jusqu'au 13^e jour où la malade sort de la Maternité.

Obs. X. --- Rétention des membranes. Tamponnement. Guérison.

R..., 1^{re} pare de 31 ans, entrée le 13 avril 1928, à 15 h. 30. Gestation à terme. Tête fixée. Dos à gauche. B. de C. bons. Dilatation 4 fr. Membranes rompues, depuis le 12 avril, à 8 h. Perte de liquide teinté de méconium, très fétide.

Le 17 avril à 1 h. : Dilatation complète ; à 1 h. 30 : Accouchement naturel. Sommet en O. I. G. A. Dégagement en O. P. Expulsion d'une fille, née étonnée, pesant 3100 gr.

2 h. 30 : D. n. Rétention de caduque. Poids du placenta : 700 gr. On fait un 1^{er} tamponnement.

1^{er} jour, matin : T. 37°8, P. 72 ; soir : T. 37°6, P. 80.

2^e jour, matin : T. 36°8, P. 72. On fait un 2^e tamponnement ; soir : T. 37°6, P. 76.

3^e jour, matin : T. 37°8, P. 80. On fait un 3^e tamponnement ; soir : T. 38°2, P. 88.

Mais, dès le 4^e jour, la température descend à 37° et se maintient à ce niveau, jusqu'à la sortie de la malade, guérie, le 12^e jour.

Obs. XI. — Rétention cotylédonnaire Revision utérine. Tamponnement préventif. Guérison.

V..., X^e pare, de 42 ans, entre le 16, V, à 5 h. 30. Présentation céphalique. Accouchement spontané, sommet en O. I. D. P. Dégagement en O. P. Garçon vivant, pesant 3400 gr.

Délivrance naturelle incomplète. Rétention cotylédonnaire.

Poids du placenta : 500 gr. Revision utérine ramenant quelques débris, 3 tamponnements au filtrat.

Les suites de couches sont normales ; T. entre 37° et 37°4. Sortie de la malade le 12^e jour.

Obs. XII. — Rétention presque totale de chorion. Tamponnement préventif. Guérison.

Z..., II pare de 31 ans, à terme. Accouchement en O. I. D. P. Dégagement en O. P. Fille vivante pesant 3020 gr. Délivrance naturelle, 55' après. Rétention presque totale de chorion, 1^{er} tamponnement préventif ; T. 37°8, P. 96.

2^e jour matin : T. 37°, P. 84. On fait un 2^e tamponnement ; soir : T. 37°4, P. 76.

La température monte brusquement, en clocher, à 38°7, le soir du 4^e jour. On fait un 3^e tamponnement qu'on voulait éviter.

5^e jour, matin : T. 37°2, P. 80 ; soir : T. 38°2, P. 104.

Mais, le 6^e jour : baisse de la T. à 36°8. Elle se maintient à ce niveau jusqu'au 18^e jour, où la malade quitte la Maternité.

Obs. XIII. — Rétention partielle des membranes. Revision utérine. Tamponnement préventif. Guérison.

Ch... II pare de 31 ans. Accouchement spontané en O. I. G. A. O. P. Déchirure du périnée.

1 h. après : Délivrance naturelle ; le placenta s'étant présenté par le bord, et pesant 500 gr. 1 cotylédon accessoire. sur les membranes. Rétention partielle des membranes et bord placentaire déchiqueté

La femme accuse, après la délivrance, des douleurs abdominales très fortes. Elle a un suintement sanguin persistant

Révision utérine ramenant des débris placentaires et des membranes On fait un 1^{er} tamponnement. Glace sur le ventre.

1^{er} jour, matin : T. 37°4, P. 88 ; soir : T. 37°2, P. 80.

2^e jour, matin : T. 36°7, P. 88. On fait un 2^e tamponnement ; soir, T. 38°4, P. 92.

3^e jour, matin : T. 38°6, P. 92. On fait un 3^e tamponnement ; soir, T. 39°6, P. 128.

4^e jour, matin : T. 37°6, P. 84 ; soir : T. 38°8 P. 84.

5^e jour, matin : T. 37°8.

Dès ce moment, la température oscille entre 37°-37°4 jusqu'à la sortie de la malade, le 17^e jour.

Obs. XIV. — Hémorragie de la délivrance. Revision utérine. Tamponnement préventif. Guérison.

R... Il pare de 23 ans.

Accouchement naturel d'un garçon vivant pesant 1.550 gr. Délivrance naturelle incomplète : 450 gr. La surface utérine du placenta est déchiquetée et incomplète. Revision utérine suivie du 1^{er} tamponnement H. C. 20 cm³. Ergotine : 1 cm³. Sérum Glace sur le ventre. T. 37°8, le soir : T. 38°6 P. 110.

2^e jour : T. 37°. P. 80. On fait deux autres tamponnements. La température reste stationnaire, le pouls demeure entre 70 et 80, les jours suivants.

La malade sort le 3^e jour.

Obs. XV. — Version podalique. Revision utérine. Tamponnement préventif. Guérison.

S... I pare de 30 ans, entrée le 19-9-1928, 14 h. 30.

Examen. — Tête en bas. Dos à droite. Dilatation presque complète. Auscultation positive.

A 15 h. : Dilatation complète. Rupture spontanée de la poche des eaux : il s'écoule du liquide (purée de pois). La tête reste haute ; peu de contractions. Version pour modification des B. de C. Tête en transverse à la partie haute de l'excavation. L'extraction des épaules est rendue difficile par le relèvement des bras.

Extraction d'une fille née en état de mort apparente (forme blanche) ranimée après 30' de soins.

A 17 h. 15 : Délivrance naturelle pesant 680 gr. ; revision utérine ; 1^{er} tamponnement ; T. 37°6. P. 88.

2^e jour, matin : T. 37°2, P. 96. On fait un 2^e tamponnement : soir T : 37°8, P. 92.

3^e jour, matin : T. 37°. P. 76. On fait un 3^e tamponnement.

4^e jour, matin : T 37°3. P. 84 ; soir : T. 37°3. P :

La malade ne fait aucune poussée thermique, et quitte la Maternité, le 12^e jour.

Obs. XVI. — Procidence du cordon. Abaissement prophylactique du pied à dilatation de grande paume. Tamponnement préventif. Guérison.

S. VII^e pare de 38 ans est admise à la Maternité, le 29 août, à 5 h. 30.

Examen. — Grossesse à terme. Siège en bas au détroit supérieur. Col long, perméable à 2 doigts. La femme dit avoir perdu assez abondamment les eaux. Auscultation positive.

A 9 h. : Nouvelle perte d'eau. Au toucher, on sent les battements d'une anse de cordon.

A 10 h. 30 : Le siège fuit dans la fosse iliaque droite. Procidence vaginale du cordon.

A 11 h. 15 : Dilatation petite paume. Longue anse de cordon dans le vagin. On la réduit. Siège ayant toujours tendance à fuir dans la fosse iliaque droite. Dos en avant. Auscultation positive. Abaissement prophylactique du pied droit. Pose d'un lac.

A 12 h. 50 : Accouchement spontané. Dégagement en S. T. Dégagement facile des membres inférieurs, du siège et des membres supérieures. Manœuvre de Mauriceau facile. Naissance d'un garçon vivant, pesant 3120 gr. 30' après délivrance naturelle complète. Cordon 90 cm. On fait un premier tamponnement. T. 37°4, P. 68 ; le soir T. 37°6, P. 76.

Le 2^e jour, matin : T. 37°, P. 76. On fait un second tamponnement ; soir T. 37°4, P. 72.

Le 3^e jour, matin : T. 37°4, P. 72. On fait le 3^e tamponnement ; soir T. 37°6, P. 80.

Le 5^e jour il y a une légère poussée thermique à 38°2 qui redescend le lendemain à 37°2 pour se maintenir à ce niveau jusqu'au 11^e jour quand la malade sort de la Maternité.

Obs. XVII. — Grossesse gemellaire bivitelline. Version par manœuvres internes pour l'extraction du 2^e fœtus. Tamponnement préventif. Guérison.

W..., 1^{er} pare de 22 ans, admise à la salle de travail le 3 juillet 1928 à 11 h. 30, T. 37°7.

Examen : Tête fixée. Dos à gauche. B. de C. bons. Dilatation de 2 fr. Membranes rompues.

A 14 h. 35 : Accouchement spontané. Naissance d'une fille vivante pesant 2120 gr. On s'aperçoit de la présence d'un 2^e fœtus. Cordon sectionné entre 2 pinces. Le 2^e fœtus se présente par l'épaule. Impossible de verticaliser par manœuvres externes, l'utérus étant rétracté.

A 15 h. : Version par manœuvres internes sous anesthésie au chloro. Extraction d'un garçon ramimé pendant 10'. Poids : 1980 gr.

15 h. 30 : Délivrance naturelle complète. Grossesse gémellaire bivittelline. On fait un 1^{er} tamponnement. Le soir, T. 38°4.

Le 2^e jour. Matin : T. 37°5, P. 72. On fait un 2^e tamponnement ; soir : T. 37°8, P. 72.

Le 3^e jour. Matin T. 37°2, P. 72. On fait le 3^e tamponnement : Le soir la T. monte à 38°4, P. 96. Mais le 4^e jour la T. descend à 37° avec un pouls aux environs de 80, et se maintient à ce niveau jusqu'à la sortie de la malade le 15^e jour.

Obs. XVIII. — Accouchement et délivrance spontanés chez une femme sans aucuns soins antiseptiques. Revision utérine. Tamponnement préventif. Guérison.

P..., I pare de 33 ans, arrive à la Maternité le 18 décembre à 21 heures s'étant accouchée et délivrée seule chez elle. T. 37°4. On fait une revision utérine ramenant des débris placentaires. Déchirure du col. On fait une injection intra-utérine et un 1^{er} tamponnement au filtrat. 10 cm³ d'huile camphrée et 500 gr. de sérum physiologique.

On met de la glace sur le ventre.

Le 2^e jour, matin : T. 37°, P. 80. 2^e tamponnement ; soir : T. 38°6, P. 100.

Le 3^e jour, matin : T. 37°4, P. 80. On fait le 3^e tamponnement ; soir : T. 37°7, P. 90.

Il y a légère oscillation thermique entre 37°2 et 38° jusque au 8^e jour quand la T. revenue à 37°2 avec P. 80 persiste jusqu'au 10^e jour quand la malade sort de la Maternité.

Insuccès

Obs. XIX. — Accouchement spontané. Délivrance artificielle pour hémorragie chez une femme présentant une salpingo-ovarite gauche.

W...., I pare de 21 ans Accouchement spontané le 22 mars 1928. Délivrance artificielle pour hémorragie. Sérum : 500 gr. Transfusion : 300 gr. Grosse masse de l'hypochondre gauche. Tamponnement. Glace sur le ventre.

Le surlendemain : Frisson avec T. 40°2. Douleur dans l'hypochondre gauche avec défense musculaire. 2 injections de Propidon. La masse diminue de volume.

12 jours après : Point de côté, foyer pulmonaire congestif. Hémoculture négative.

48 heures après : Toux sèche, continue, dyspnée vive. Pas d'expectoration. Nouveau point de côté. Mort au 23^e jour.

L'autopsie montre une thrombophlébite de la veine ovarienne gauche ; ovaire et trompe volumineux. Gros infarctus dans les 2 poumons.

TAMPONNEMENTS CURATIFS PRÉCOCES

Le tamponnement curatif précoce consiste dans le pansement intra-utérin fait immédiatement après la délivrance, dans les cas où il existe des signes d'infection *in utero*.

Sa technique est la même que celle du tamponnement préventif.

Nous avons constaté 54 cas de tamponnements curatifs précoces dans les années 1927-28 avec 52 succès et 2 insuccès.

Ces 54 cas se répartissent ainsi :

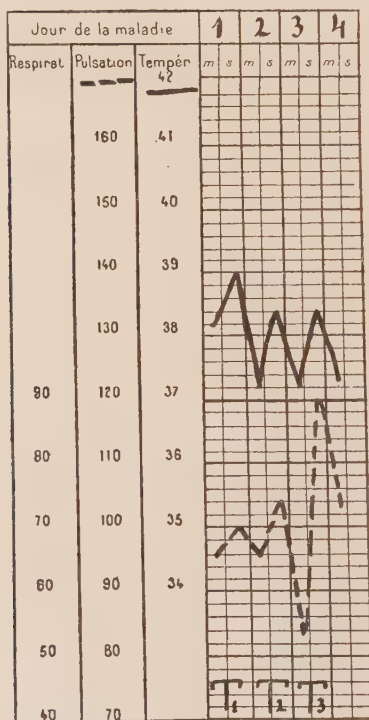
- 8 cas de forceps, délivrance artificielle ;
- 2 cas de forceps, incision du col ;
- 1 cas de forceps, gros œuf ;
- 1 cas de forceps, grossesse gémellaire ;
- 15 cas de délivrance artificielle ;
- 4 cas de placenta prævia ;
- 2 cas de versions par manœuvres internes ;
- 2 cas de basiotripsie ;
- 4 cas de rupture prématurée des membranes ;
- 2 cas de grossesse gémellaire ;
- 4 cas de rétention des membranes avec révision ;

7 cas de rétention des membranes ;
2 cas d'insuccès.

Nous publions 8 cas typiques.

Obs. XX. — Forceps. Délivrance artificielle. Tamponnement au filtrat. Guérison.

V..., I pare de 24 ans, entrée à la Salle de travail le 7 septembre 1928 à 6 heures. T. 38°.



Examen. — Tête en bas, engagée. Dos à gauche. Auscultation positive. Dilatation : 2 fr.

A 15 heures : Dilatation complète. B. de C. modifiés. Forceps sur sommet en O. P. Déchirure du périnée. Extraction d'une fille vivante pesant 3550 gr. Aussitôt après, la femme fait une hémorragie assez abondante. Délivrance artificielle. Placenta découronné, rétention partielle de caduque. Premier tamponnement au filtrat : Périnée 1 crin. Glace sur le ventre. Tartrate d'ergotamine.

Soir : T. 39°, P. 100.

2^e jour, matin : T. 37°2, P. 96, 2^e tamponnement ; soir : T. 38°4, P. 104.

3^e jour, matin : T. 37°2, P. 84, 3^e tamponnement ; soir : T. 38°4, P. 120.

4^e jour, matin : T. 37°3, P. 104 ; soir : T. 38°6, P. 108.

Dès le 5^e jour la T. ne dépasse pas 37°7 avec un P. entre 80-88. Bon état général. La malade sort guérie le 18^e jour.

Obs. XXI. — Tentatives infructueuses de forceps. Enfant mort. Basiotripsie. Délivrance artificielle. Revision utérine. Tamponnement au filtrat. Guérison.

D... I pare de 20 ans. Gestation à terme. Tentatives de forceps faites chez elle sur une dilatation de 5 fr. 2 injections d'hypophyse.

Le 19 mars 28, à 7 h. 30 : admise à la salle de travail. Tête engagée. Bosse sérosanguine empêchant le diagnostic de position. Dilatation entre petite et grande paume. Membranes rompues le 18 mars à 1 h.

Rachianesthésie. Le col se laisse dilater mais le fœtus est retenu par un corps utérin contracturé du fait d'une intervention intempestive et de 2 injections d'hypophyse. 2 tentatives de forceps sans résultat. Le forceps dérape. Les B de C. n'étant plus perçus on pratique une basiotripsie. La tête fœtale est à la vulve, mais les épaules ne passent pas. Abaissement pénible d'un bras. Extraction d'un garçon pesant

5000 gr. sans matières cérébrales. Délivrance artificielle. Revision utérine. Lésions vulvo-périnéales : 3 crins. Premier tamponnement au filtrat.

1^{er} jour, matin : T. 39°, P. 140 ; soir : T. 39°8, P. 150 ; No-var 0 gr. 15.

2^e jour, matin : T. 39°, P. 132 ; 2^e tamponnement. Electrargol. Hémoculture et cutiréaction sont négatives ; soir : T. 40°, P. 160.

3^e jour, matin : T. 40°4, P. 136 ; 3^e tamponnement ; soir : T. 40°4, P. 144. Pertes fétides. Mauvais état général.

4^e jour, matin : T. 40°6, P. 140. Absès de fixation ; soir : T. 40°, P. 160.

Le 8^e jour chute de la T. à 38°6, P. à 120. Grosse amélioration de l'état général. Pertes moins fétides. Abaissement, en lysis, de la T. avec toujours, dissociation du pouls. Le 16^e jour, nouvelle intradermo-réaction qui reste négative. Pouls parallèle à la T. dès le 21^e jour. Sortie en état de guérison le 32^e jour.

Obs. XXII. — Placenta praevia central. Version par manœuvres internes. Délivrance artificielle. Tamponnement au filtrat. Guérison.

T... I pare de 30 ans, entrée le 16 octobre à 2 h. 30 pour hémorragie.

Grossesse de 6 mois environ. Présentation transversale, Utérus tendu. Col perméable. La femme saigne. Ne sent plus remuer.

20' après son arrivée, nouvelle hémorragie. Injection d'eau chaude, de l'huile camphrée. 250 cm³ de sérum physiologique. Position déclive : La femme se sent mieux.

9 h. 15 : Quelques douleurs.

11 h. 20 : Pose d'un ballon de Champetier de Ribes. Contractions toutes les 5'.

15 h. 30 : Nouvelle hémorragie. Pouls à 128. On retire le ballon. Dilatation petite paume. Placenta inséré centre par centre. L'hémorragie persiste. Décollement du placenta. Version podalique. Extraction d'un garçon mort-né pesant 1400 gr. Délivrance artificielle immédiate. 1^{er} tamponnement au filtrat. L'hémorragie continue; la femme se sent mal. P. rapide, filant à 150. On injecte de l'hypophyse de l'H. C., de l'adrénaline. Transfusion de 450 gr. La femme se sent mieux. Pouls bien frappé, à 114. T. à 38°6.

2^e jour, matin : T. 37°4, P. 110. 2^a tamponnement ; soir : T. 38°, P. 120.

3^e jour, matin : T. 38°4, P. 120. 3^e tamponnement ; soir : T. 39°4

4^e jour, matin : T. 38°5, P. 104. Injection de septicémine.

Le 7^e jour la T. monte à 40°4, P. 104. Hémoculture négative

Le 8^e jour, la T. commence à descendre en lysis, avec un P. parallèle. Sortie en état de guérison le 16^e jour.

Obs. XXIII. — Hémorragie de la délivrance. Délivrance artificielle. Tamponnement au filtrat. Guérison.

R... II pare, de 20 ans, admise à la salle de travail le 24 novembre 28 à 10 h.

Tête engagée. Dos à droite. Auscultation positive. Dilatation 5 fr. T. 38°1.

11 h. 40 : hémorragie avec caillots. Dilatation complète.

11 h. 50 : Accouchement naturel d'un garçon vivant pesant 3220 gr.

12 h. 30. Délivrance artificielle pour hémorragie 800 gr. environ. P. à 120. Injection intra utérine. Premier tamponnement au filtrat ; soir : T. 38°4, P. 120.

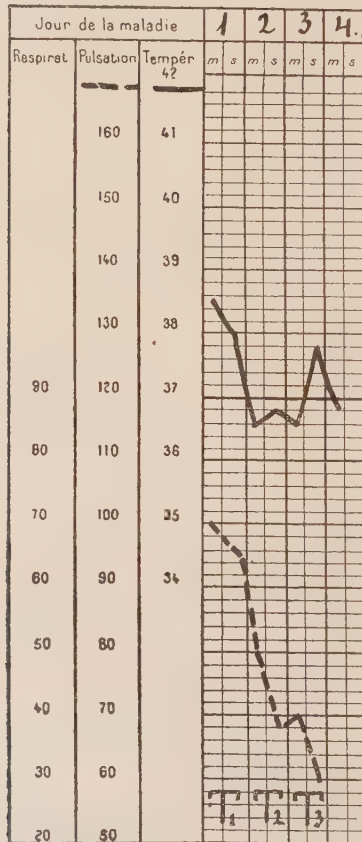
2^e jour, matin : T. 38°, P. 110, 2^a tamponnement ; soir : T. 39°2, P. 130,

3^e jour, matin : T. 38°, P. 104. 3^e tamponnement ; soir : T. 39°4, P. 128.

4^e jour, matin : T. 37°8, P. 110 ; soir : T. 38°8, P. 130.

5^e jour : chute de la T. Sortie, en guérison, le 12^e jour.

Obs. XXIV. — Membranes rompues depuis 96 h.
Tamponnement au filtrat. Guérison.



C..., IV pare, admise au dortoir le 20 juillet. Gestation actuelle : D. R 25 décembre. Perd les eaux depuis 4 jours. Col déhiscent. Dilatation de 50 centimes. Urine : traces de sucre. Liquides fétides. Tête à la partie moyenne de l'excavation B. de C. bons.

A 23 h. : Dilatation 1 fr. La femme fait de violents efforts malgré la défense qu'on lui fait.

Le 21 juillet à 1 h. : La tête apparaît à la vulve. 15' après accouchement spontané. Sommet en O. I. G. A. Dégagement en O. P. Naissance d'un garçon vivant pesant 2875 gr. 15' après, délivrance naturelle complète. Immédiatement après on fait un premier tamponnement. T. 38° 5. P. 100 Glace sur le ventre. 10 cm³ d'électrargol, intra-musculaire ; le soir : T. à 38°, P. 96.

2^e jour, matin : T 36°6, P. 80, 2^e tamponnement ; soir : T. 36°8. P. 68.

3^e jour, matin : T. 36°6, P. 70. 3^e tamponnement ; soir : T. 37°8, P. 60 et, après une légère oscillation de la T. entre 36°8 et 37°8, la malade sort guérie le 9^e jour.

Obs. XXV. — Rupture prématurée des membranes de 61 h. Rétention partielle de caduque. Tamponnement au filtrat. Guérison.

C..., VII^e pare de 34 ans, admise le 1^{er} juin à 8 h. Gestation à terme, tête se fixe. Dos à gauche. Auscultation positive Col déhiscent Membranes rompues depuis le 30 mai, à 6 h. Liquides fétides. T. 38°2.

A 15 h. 30 : Apparition des douleurs.

18 h. : Admission à la Salle de travail. Dilatation 1 fr. Liquide très fétide. T. 38°5.

19 h. : Dilatation complète. Accouchement spontané en O. I. G. A. Dégagement en O. P. Fille rendant du méco-

nium par le nez et la bouche. Quelques inspirations. Désobstruction des voies aériennes, pendant 10'.

19 h. 40 : Délivrance naturelle. Rétention partielle de caduque. On fait un 1^{er} tamponnement. T. 39°4. P. 120. Frissons.

2^e jour, matin : T. 37°, P. 84. 2^e tamponnement ; soir : T. 37° P. 88

3^e jour, matin : T. 37°, P. 68. 3^e tamponnement ; soir : T. 38°, P. 78.

Dès le 4^e jour la T. se maintient en plateau à 37°4, P. 72. La malade sort guérie de la Maternité, le 13^e jour.

Obs. XXVI. — Délivrance artificielle. Tamponnement au filtrat. Guérison.

G..., I pare de 28 ans entre à la Maternité le 13 juillet. Elle ne sent plus remuer depuis la veille. Gestation à terme.

Le 14-VII à 4 h. : Tête à la partie haute de l'excavation. Dilatation 5 fr. Pas de B. de C. Température 38°3.

A 12 h. 15 : Tête profondément engagée. Dilatation grande paume.

17 h. : Dilatation complète. Les douleurs sont espacées.

22 h. 30 : Plus de douleur.

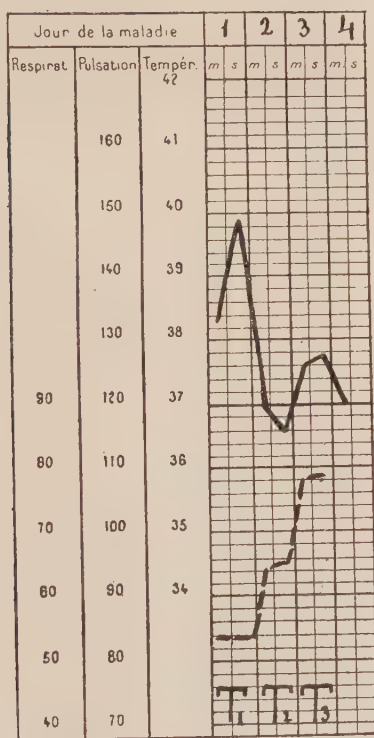
Le 15 VII à 6 h. : La femme fait des efforts d'expulsion. La tête est sur le périnée.

7 h. 30 : Accouchement spontané en O. I. G. A. Dégagement en O. P. d'un garçon mort né, pesant 3550 gr., présentant un début de macération, mi-cordon infiltré et double circulaire, très serré, autour du cou.

10 h. 10 : Délivrance artificielle pour non décollement du placenta. Premier tamponnement ; soir : T. 39°9, P. 84.

2^e jour, matin : T. 37°, P. 94. 2^e tamponnement ; soir : T. 36°6, P. 94.

3^e jour, matin : T. 37°6, P. 108. 3^e tamponnement ; soir :
T. : 37°7, P. 108.



Sortie en excellente santé le 12^e jour.

Obs. XXVII. — Rupture prématurée des membranes. Dilatation du col sous-anesthésie. Forceps. Tamponnement au filtrat. Guérison.

H..., I pare de 22 ans, est admise à la Salle de travail le 31 mai à 19 h. 30 avec le diagnostic suivant : D. R. 28 juillet.

H. U. 34 cm. Tête engagée. B. de C. rapides et sourds. Dilatation entre petite et grande paume. Membranes rompues depuis le 23 mai, à 5 h. Pertes fétides, T. 39°.

A 23 h. 30 : On fait sous rachianesthésie, une dilatation manuelle.

A 1 h. 30 : Application de forceps. Naissance d'une fille morte-née pesant 3000 gr. 2 circulaires fortement serrés, autour du cou. P. 130.

2 h. 30 : Délivrance naturelle complète. T. 39°5, P. 130. On fait un premier tamponnement

Le 2^e jour, matin : T. 38°6, P. 90. Second tamponnement ; soir : T. 38°7, P. 100.

Le 3^e jour : T. descend à 37°, P. entre 90-100. On fait le 3^e tamponnement. Suites de couches normales. Sortie, guérie, le 14^e jour.

Insuccès

Obs. XXVIII. — Accouchement spontané suivi d'une délivrance artificielle chez une femme dont les membranes étaient rompues et qui présentait 38°6 de T. avant l'évacuation de l'utérus. On fait 3 tamponnements curatifs précoces les 3 jours consécutifs. Le 5^e jour T. 40°6, P. 120. Frissons. Hémoculture négative. Dès le 12^e jour des symptômes péritonéaux s'installent. Laparotomie le 15^e jour. Morte le 16^e jour de péritonite généralisée.

Obs. XXIX. — Accouchement spontané suivi d'une délivrance artificielle pour hémorragie chez une femme ayant 38°2 de T. avant l'évacuation de l'utérus. Fibrome pédiculé au niveau du fond utérin. Trois tamponnements. Dès le 15^e jour : T. oscillant entre 38°2 et 40° avec pouls correspondant. Mort le 30^e jour de suppuration de fibromes pédiculés et intra-muraux. Thrombose remontant vers la veine cave.

TAMPONNEMENTS CURATIFS SECONDAIRES

Ce sont les tamponnements pratiqués dans les cas d'infection puerpérale des premiers jours du *post-partum*.

Ces tamponnements doivent être faits aussi précocement que possible, dès la première élévation de la température ou, mieux, dès la première accélération du pouls qui précède, souvent, l'ascension thermique.

Ces tamponnements ont été commencés le 3^e jour des suites des couches. Ils ont d'autant plus de chance d'agir qu'ils ont été faits plus précocement.

Leur technique est la même que celle des tamponnements préventifs.

Nous avons trouvé 3 cas de tamponnements curatifs secondaires faits dans les années 1927-28.

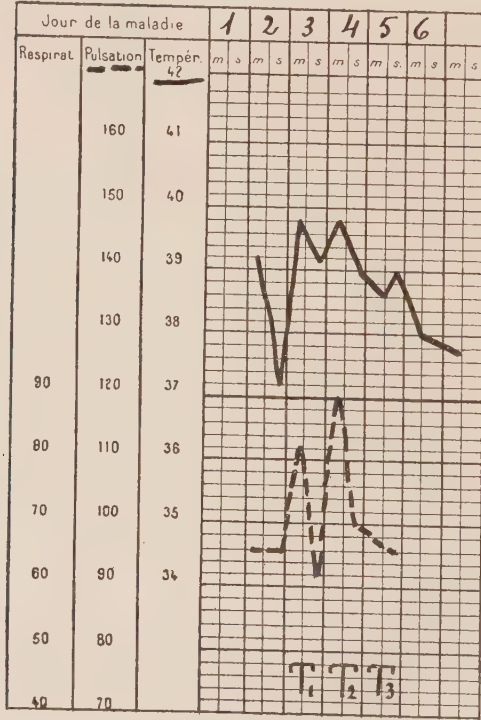
Nous publions ces 3 cas.

Obs. XXX. — Accouchement prématuré normal. Tamponnement au filtrat le 3^e jour. Guérison.

M., II pare, de 40 ans ; accouchement prématuré de 6 mois. Délivrance naturelle. Membranes déchirées, reten-

tion de caduque. Dès le 2^e jour le matin : ascension brusque de la T. à 39°2 avec P. 96 ; le soir : T. 37°2, P. 96.

Le 3^e jour, matin : T. 39°8, P. 112. On fait un premier tamponnement ; soir : T. 39°2, P. 92.



Le 4^e jour, matin : T. 39°8, P. 120. 2^e tamponnement ; soir : T. 39°, P. 100.

Le 5^e jour : on fait un 3^e tamponnement. La T. descend le lendemain à 38° pour remonter les 9^e, 10^e, 11^e jour à 39° et 39°8. Mais le 12^e jour T. 38° avec P. 80 jusqu'au 18^e jour quand la malade, guérie, quitte la Maternité

Obs. XXXI. — Accouchement spontané. Délivrance naturelle. Hémorragie de la délivrance. Poussée thermique le 2^e jour. Tamponnement au filtrat le 3^e jour. Guérison.

S..., II pare, 24 ans, accouche spontanément le 20 février 1927. Délivrance naturelle. Hémorragie après la délivrance. Sérum intraveineux. Hypophyse, adrénaline.

Le soir du 2^e jour élévation de la T. à 39°2, P. 128.

3^e jour, matin : T. 38°, P. 104. On fait le premier tamponnement ; soir : T. 38°2, P. 104.

4^e jour, matin : 37°6, P. 96. 2^e tamponnement ; soir : T. 37°5, P. 104.

5^e jour, matin : T. 37°6, P. 96. 3^e tamponnement ; soir : T. 37°8, P. 96.

La T. se maintient en plateau jusqu'au 10^e jour quand la malade sort en excellent état.

Obs. XXXII. — Insuccès. Accouchement spontané. Délivrance naturelle complète. Le 3^e jour la T. monte à 38°6, P. 110. On fait un premier tamponnement et on injecte du propidon, 1 cm³.

Le 4^e jour, matin : T. 39°2, P. 104. 2^e tamponnement ; propidon : 1 cm³ 5, soir : T. 40°, P. à 110.

On fait encore deux tamponnements successifs. L'hémoculture est positive au staphylocoque. Grandes oscillations thermiques entre 40°6 et 40° avec pouls sensiblement correspondant. On associe plusieurs traitements. Mort, le 96^e jour, en trombo-phlébite suppurée.

TAMPONNEMENTS CURATIFS TARDIFS

Les tamponnements curatifs tardifs sont pratiqués après la première semaine du *post-partum*.

Nous notons 5 cas traités par le tamponnement curatif tardif qui se répartissent ainsi :

3 guérisons et 2 insuccès.

Les 2 insuccès concernent les cas suivants :

Obs. XXXIII. — F. . . dont l'hémoculture a été positive au streptocoque, avant tout traitement par le filtrat. Mort en septicémie le 11^e jour des suites des couches.

Obs. XXXIV. — Femme qui a eu une appendicectomie et cœco-sigmoidostomie, antérieures à la grossesse.

Des phénomènes péritonéaux s'installent le 5^e jour des couches. On fait 3 tamponnements successifs. Hémoculture positive. Mort en péritonite le 13^e jour.

Dans les cas d'insuccès au traitement par le filtrat furent associés la sérothérapie, les injections de propidon, du novar et de la septicémine. Mais l'hémoculture était déjà positive avant tout traitement par le filtrat.

Obs. XXXV. — Accouchement par forceps le 29 juillet 1927, Colœdédié, incision antéro-postérieure. Délivrance

artificielle. Revision utérine. Injection intra-utérine, suture de l'incision du col.

3^e jour, soir : T. 39°4, P. 128.

4^e jour, matin : T. 37°4, P. 88 ; soir : T. 37°8, P. 96. Un frisson. T. monte à 38°8.

5^e jour, matin : T. 39°6, P. 128. Premier tamponnement au filtrat ; soir : T. 39°2, P. 116.

A 1 jour d'intervalle on pratique deux autres tamponnements. L'hémoculture faite le 8^e jour est négative. On administre de l'électrargol et du novar. Glace sur le ventre. Après oscillation de la T. entre 38°8 et 39°2, chute de la T. à 37°4, le 11^e jour, 4 jour après le 3^e tamponnement et guérison le 23^e jour.

Obs. XXXVI. — Accouchement spontané. Délivrance naturelle complète. Infection post-partum le 3^e jour. Tamponnement le 6^e jour. Guérison.

L.... II pare, de 31 ans. Le 3^e jour des suites des couches ascension brusque de la T. à 39°4, avec P. 116. Le 4^e jour on fait une hémoculture qui est négative. On administre du pro-pidon et, comme la T. se maintient entre 39°6 et 39°8, on fait un premier tamponnement le 6^e jour suivi de deux autres.

Le 9^e jour, matin : T. 37°4, P. 88 ; soir : T. 38°2, P. 100.

Après une ascension brusque en clocher de la T. à 40°4 le 11^e jour, tout rentre dans l'ordre et la malade sort guérie le 16^e jour.

Obs. XXXVII. — Accouchement spontané. Délivrance naturelle. Membranes déchirées. Infection le 6^e jour. Tamponnement au filtrat. Guérison.

F.. I pare de 17 ans, accouchement spontané. Délivrance naturelle, membranes déchirées. T. 37°4, P. 76,

Le 6^e jour, le soir : ascension brusque de la T. à 40°, P. 116
On fait un 1^{er} tamponnement.

Le 7^e jour, matin : T. 40°4, P. 120. 2^e tamponnement ;
soir : T. 40°4, P. 120.

8^e jour, matin : T. 39°4, P. 100. 3^e tamponnement ; soir :
T. 40°4, P. 124.

L'hémoculture est négative. La température oscille jusqu'au 15^e jour entre 39°4 et 40°6. On fait du propidon.

Le 15^e jour, matin : T. 38°, P. 100 ; soir : T. 38°6, P. 104.

Mais dès le 18^e jour la température descend en lysis à 37°6, avec pouls correspondant. Guérison le 31^e jour.

RÉSUMÉ

Le tableau résumé des cas nombreux qui en 1927 et 1928 ont été traités à la Maternité de Saint-Antoine à titre préventif et curatif sur 4292 accouchements faits à l'hôpital et 2418 faits chez des sages-femmes agréées donne les résultats suivants :

Tamponnement à titre préventif :

133 cas traités : 132 succès, 1 insuccès ;

Tamponnement à titre curatif précoce :

54 cas traités : 52 succès, 2 insuccès ;

Tamponnement à titre curatif secondaire :

3 cas traités : 2 succès, 1 insuccès ;

Tamponnement à titre curatif tardif :

5 cas traités : 3 succès, 2 insuccès.

Si nous analysons les insuccès nous trouvons que dans l'insuccès traité par le tamponnement préventif la femme ayant eu une salpingo-ovarite avec réaction péritonéale est morte d'embolie au 25^e jour.

Dans les insuccès traités par les tamponnements curatifs les échecs concernent deux ordres de cas :

1^o Des cas d'infection précoce avant même l'accouche-

ment. Il s'agit d'infection diffusée rapidement avant même l'évacuation de l'utérus et où le traitement local n'a plus l'action extensive désirable ;

2° Des cas tardifs où la défense locale a été forcée.

DEUXIÈME PARTIE

TAMPONNEMENTS DANS LES AVORTEMENTS

Nous notons l'emploi assez généralisé des tamponnements au filtrat dans les avortements après évacuation de l'utérus soit par curage ou curettage.

Dans la plupart des cas les femmes arrivèrent dans le service avec un début d'infection in-utéro du post-abortionum et dans ces cas-là les tamponnements ont été faits à titre curatif précoce.

Sur 143 tamponnements au filtrat faits après l'avortement sur 1849 avortements dans les années 1927-1928 nous trouvons 134 succès et 9 insuccès.

Les insuccès concernent les cas où la température était d'emblée à 40°-40°2 à l'entrée à l'hôpital avec *hémoculture* positive et phénomènes infectieux très marqués. La mort par septicémie dans la plupart des cas survenait dans les 12 à 20 jours qui suivirent le curage ou le curettage. Le début de l'infection remonte naturellement à une date antérieure à l'intervention.

Dans les cas traités avec succès la température

descendait dès le lendemain du premier tamponnement ou parfois après le troisième, on note une amélioration considérable de l'état général et une guérison dans les septième à douzième jours des suites de l'avortement.

CONCLUSIONS

1° Pendant les années 1927-28, sur 4292 accouchements à la Maternité de Saint-Antoine, sur 2418 accouchements chez les sages-femmes agréées, le traitement préventif et curatif de l'infection puerpérale a été fait par les tamponnements intra-utérins au filtrat de cultures de streptocoques.

2° Des indications nettes peuvent être établies pour l'emploi systématique des tamponnements à titre préventif en s'appuyant sur les cas traités dans les années 1925-26-27-28.

3° Les tamponnements ont été appliqués :
soit à titre préventif le plus souvent ;
soit à titre curatif dès que les premiers symptômes de l'infection sont apparus.

Les tamponnements étaient laissés en place 24 heures et renouvelés pendant 3 jours consécutifs.

4° Ils ont donné de très bons résultats à la condition d'être faits d'une façon systématiquement précoce.

5° Dans certains cas l'injection de vaccin polyvalent et de novarsénobensol a été associée au tamponnement pour prévenir une infection généralisée.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président de la thèse,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

BAUDIN. — Traitement de l'infection puerpérale (*Thèse Paris*, 1901).

BOUCHAUD Jean. — Contribution à l'étude du traitement précoce de l'infection puerpérale par les pansements intra-utérins au filtrat de cultures de streptocoque (*Thèse Paris*, 1927).

COUVELAIRE, LEVY-SOLAL et SIMARD. — Antiseptie utérine par un filtrat de culture de streptocoque en bouillon dans l'infection puerpérale (*Bull. Soc. d'Obst. et gyn.*, Paris 1924, XIII, 232-234).

Mme S. KRONGOLD-VINAVER. — Infection puerpérale et le sérum anti-streptococcique préparé d'après une méthode nouvelle (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1921, décembre).

LEVY-SOLAL et SIMARD. — Traitement précoce de l'infection puerpérale au tamponnement intra-utérin (*Presse méd.* Paris 1925, XXXIII, 977-79).

LEVY-SOLAL et SIMARD. — Compte-rendu Soc. de biologie. Paris 1924, XC, 483, 85).

MARMASSE Jean. — Documents pour servir à l'étude du traitement de l'infection puerpérale grave (*Thèse Paris*, 1926, Arnette, éditeur).

OMONT Marie-Pierre. — Contribution à l'étude du traitement de l'infection puerpérale à streptocoque par un sérum anti-streptococcique préparé suivant la technique de Mme S. Krongold-Vinaver (*Thèse Paris*, 1921).

POTOCKI et FISCH. — Application locale d'un autovaccin dans l'infection puerpérale (*Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.*, Paris, 1924, XIII, 346-48).

RAVINA Jean. — Thérapeutique de l'Infection puerpérale par les pansements intra-utérins au filtrat de cultures de streptocoque (*Thèse Paris*, 1926, Arnette, éditeur).

VIGNES Henri. — La thérapeutique intra-utérine de l'infection utérine post-partum (*Gyn. et Obst.*, vol. 4 1920).

RECEIVED BY THE DIRECTOR OF THE BUREAU OF THE ARMY

RECEIVED

APR 1918

NOV 18

RECEIVED BY THE DIRECTOR OF THE BUREAU OF THE ARMY

RECEIVED

RECEIVED

RECEIVED

RECEIVED

RECEIVED

RECEIVED

RECEIVED

RECEIVED

RECEIVED

RECEIVED

RECEIVED

RECEIVED